

Patient History Sheet

Account # _____

Name _____ Age _____

Date of Birth _____

Height _____ Weight _____

Today's Date _____

Reason for Visit _____

Do You Smoke? Y N How Much? _____

Drink Alcohol? Y N How Much? _____

Circle Yes or No

Fever	Y	N	Heartburn	Y	N	Double Vision	Y	N
Weight Loss	Y	N	Diarrhea	Y	N	Blindness	Y	N
Hoarseness	Y	N	Constipation	Y	N	Cataracts	Y	N
Snoring/Sleep Problems	Y	N	Black Stools	Y	N	Cancer	Y	N
Hearing Loss	Y	N	Frequent Urination	Y	N	Depression	Y	N
Ringing in the Ear	Y	N	Discolored Urine	Y	N	Anxiety	Y	N
Vertigo/Dizziness	Y	N	Kidney Stones	Y	N	Bipolar	Y	N
Latex Allergy	Y	N	Prostate	Y	N	Bronchitis	Y	N
Adhesive Allergy	Y	N	Joint Replacements	Y	N	Emphysema	Y	N
Food Allergies	Y	N	Arthritis	Y	N	Cough	Y	N
Hives	Y	N	Muscle Dysfunction	Y	N	Asthma	Y	N
Hay Fever	Y	N	Headaches	Y	N	Other	Y	N
Bruising	Y	N	Stroke	Y	N			
Bleeding	Y	N	Psoriasis	Y	N			
Night Sweats	Y	N	Chest Pain	Y	N			
Numb/Weak Arms/Legs	Y	N	Leg Swelling	Y	N			
Thyroid	Y	N	Blood Pressure	Y	N			
Diabetes	Y	N	Short of Breath	Y	N			

Explain any Yes answer _____

Surgeries? Y N

Explain _____

Please List

Medications _____

Allergies _____
